El documento del Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir el seguro de gastos médicos. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el plan los costos de los servicios de atención médica incluidos. NOTA: La información acerca del costo de este plan (llamado prima de la póliza) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información acerca de su cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-866-355-5999 o visite www.bcbstx.com/trsactivecare. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos comunes, como cantidad aprobada, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro de los términos subrayados. Puede ver el glosario en https://www.cms.gov/files/document/uniform-glossary-spanish-060723.pdf o llamar al 1-855-756-4448 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	$1,200 individual/$2,400 familiar	Por lo general, usted tiene que pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia tiene que alcanzar el deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible general familiar.
¿Hay algún servicio incluido antes de alcanzar el deducible?	Sí. Los servicios que cobran un copago, ciertos medicamentos con receta y determinada atención médica preventiva y pruebas de diagnóstico dentro de la red están incluidos antes de alcanzar su deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no alcanza el monto del deducible. Pero puede aplicarse un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios de prevención sin costos compartidos y antes de alcanzar su deducible. Consulte una lista de servicios de prevención incluidos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. $200 de deducible para medicamentos con receta. No se aplica a medicamentos genéricos. No hay otros deducibles específicos.	Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta alcanzar el monto del deducible específico antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el límite de gasto de bolsillo para este plan?	$6,900 individual/$13,800 familiar	El límite de gasto de bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios incluidos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que cumplir con sus límites de gasto de bolsillo individuales hasta alcanzar el límite de gasto de bolsillo familiar.
¿Cuáles son los gastos que no contribuyen para el límite de gasto de bolsillo?	Primas de la póliza, cargos por saldos con balance y atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no contribuyen para el límite de gasto de bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Visite www.bcbstx.com/trsactivecare o llame al 1-866-355-5999 para obtener una lista de proveedores dentro de la red.	Este plan usa una red de proveedores. Usted pagará menos si acude a un proveedor que forma parte de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor que no forma parte de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga el plan (factura con saldo adicional). Tenga en cuenta que su proveedor que forma parte de la red puede trabajar con un proveedor que no forma parte de la red para recibir algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una referencia para ver a un especialista?	Sí.	Este plan pagará parte o el monto total de los costos de los servicios incluidos para consultas con un especialista, pero solo si obtiene una referencia antes de consultar con el especialista.

⚠ Todos los costos de **copagos** y **coseguros** que se muestran en este cuadro son después de alcanzar el **deducible**, en caso de que se aplique el **deducible**.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	$15 de copago por consulta; no se aplica el deducible La cirugía en el consultorio tendrá un 20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Incluye médico especialista en medicina interna, médico general, médico de familia, pediatra, médicos de salud conductual o ginecólogo. Es posible que las consultas virtuales estén disponibles; consulte la póliza de su plan para obtener más información. Tarifas de la consulta médica de TRS Virtual Health: Teladoc: $12, RediMD: $0.
	Consulta con un especialista	$70 de copago por consulta; no se aplica el deducible La cirugía en el consultorio tendrá un 20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas	Sin cargo; no se aplica el deducible; excepto $15 de copago por consulta con un médico de atención primaria (PCP, en inglés)/$70 con un especialista (SPC, en inglés) para examen auditivo o de la vista	Sin cobertura	Atención médica preventiva de TRS: https://www.trs.texas.gov/Pages/healthcare_covered_preventive_care.aspx. Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su plan. Límite de 1 por año del plan para examen de audición y de la vista.
Si tiene que hacerse una prueba	Pruebas de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Servicios de laboratorio y radiografías realizados en un hospital para pacientes no hospitalizados, se aplicará un coseguro del 30% después de cumplir con el deducible.
	Diagnóstico a través de imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Ninguna

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica Encuentre más información acerca de la **cobertura para medicamentos con receta** disponible en express-scripts.com/trsactivecare.	Medicamentos genéricos	Copago por receta médica, no se aplica el deducible: $15 (en farmacias locales), $45 (con entrega a domicilio o mantenimiento en farmacias locales)	Consulte la columna Limitaciones, excepciones y otra información importante para obtener más información.	Cubre un suministro para 31 días (en farmacias locales) o un suministro de entre 60 y 90 días (con entrega a domicilio o de mantenimiento en farmacias locales). Incluye medicamentos anticonceptivos y dispositivos que se pueden adquirir en una farmacia. No se aplican cargos por anticonceptivos para mujeres genéricos preferidos y aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés). Dentro de la red: Se requiere precertificación y terapia de pasos. Su costo será más alto por elegir medicamentos de Marca en lugar de medicamentos Genéricos. Fuera de la red: El reembolso corresponde a la cantidad aprobada que se habría cobrado en una farmacia de la red menos el costo compartido del asegurado después del deducible. Gasto de bolsillo por la insulina del formulario. Dentro de la red: copago/receta médica; no se aplica deducible: $25 (en farmacias locales), $75 (con entrega a domicilio o mantenimiento en farmacias locales). Agujas, lancetas y jeringas $0 de copago. No es necesario que los suministros para el control de la diabetes se procesen el mismo día que la insulina. Medicamentos de marca y fuera del formulario: Se aplican el deducible y los copagos/coseguros.
	Medicamentos de marca preferidos con medicamentos genéricos	25% de coseguro después del deducible específico $100 como máximo (farmacias locales), $265 como máximo (con entrega a domicilio o mantenimiento en farmacias locales)	Consulte la columna Limitaciones, excepciones y otra información importante para obtener más información.	
	Medicamentos de marca preferidos sin medicamentos genéricos	25% de coseguro después del deducible específico	Consulte la columna Limitaciones, excepciones y otra información importante para obtener más información.	
	Medicamentos de marca no preferidos	50% de coseguro después del deducible	Consulte la columna Limitaciones, excepciones y otra información importante para obtener más información.	
	Medicamentos especializados	30% de coseguro después del deducible	Consulte la columna Limitaciones, excepciones y otra información importante para obtener más información.	Todos los medicamentos especializados deben surtirse a través de la farmacia de medicamentos especializados Accredo (800-596-7701). Los medicamentos especializados no están incluidos a través de la farmacia. Todos los medicamentos especializados tienen un límite de un suministro para hasta 31 días. El Programa SaveOnSP le permite obtener medicamentos especializados seleccionados sin costo alguno para usted. Puede comunicarse con SaveOnSP al 800-683-1704 para resolver cualquier duda relacionada con el Programa SaveOnSP.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifas del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
Si requiere atención de urgencia	Atención en la sala de emergencias	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	Las salas de emergencias que son independientes aplican un copago de $500 por consulta antes del deducible. Una vez que se aplican el deducible y el copago, se aplica un 20% de coseguro.
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	El transporte terrestre y aéreo está incluido. Transporte que no sea de emergencia: sin cobertura, excepto si cuenta con autorización previa.
	Atención de urgencia	$50 de copago por consulta; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Ninguna
Si tiene una estadía en un hospital	Tarifas del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	$15 de copago por visita al consultorio; no se aplica el deducible 20% de coseguro después del deducible por otros servicios para pacientes ambulatorios	Sin cobertura	Las consultas virtuales están disponibles a través de TRS-Virtual Health (Teladoc) y se aplicará $0 de copago. Consulte la póliza de su plan para obtener más detalles.
	Servicios para pacientes internados	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Ninguna

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	$15 de copago por visita al consultorio de un PCP/$70 por visita al consultorio de un SPC; no se aplica el deducible	Sin cobertura	El copago se aplica a la primera consulta prenatal (por embarazo). Los gastos compartidos no se aplican a los servicios de prevención. Según el tipo de servicios, puede aplicarse un copago, un coseguro o un deducible. La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	
	Servicios de parto/ nacimiento en el centro	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	Atención médica en el hogar	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Limitado a 60 consultas por año del plan.
	Servicios de rehabilitación	$15 de copago por visita al consultorio de un PCP/$70 por visita al consultorio de un SPC; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Esto incluye fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Servicios de quiropráctica: $70 de copago por visita al consultorio de un SPC; no se aplica el deducible. Pueden aplicarse excepciones.
	Servicios de habilitación	$15 de copago por visita al consultorio de un PCP/$70 por visita al consultorio de un SPC; no se aplica el deducible	Sin cobertura	
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Limitado a 25 días por año del plan.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Limitado a 1 equipo médico duradero para el mismo propósito o uno similar. Excluye las reparaciones por uso indebido o excesivo.
	Cuidados de hospicio	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Ninguna

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	$70 de copago por consulta; no se aplica el deducible	Sin cobertura	1 examen de la vista de rutina por año del plan si lo realiza un oftalmólogo u optometrista.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios incluidos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Atención médica a largo plazo
- Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos
- Cirugía plástica (los servicios incluidos son limitados)
- Programas de pérdida de peso (excepto para los servicios de prevención requeridos)
- Servicios dentales (adultos y niños)
- Servicios de cuidado de rutina de los pies (con la excepción de las personas con diagnóstico de diabetes)

Otros servicios incluidos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos de su plan).

- Acupuntura (en lugar de anestesia y para náuseas durante el embarazo)
- Atención quiropráctica (35 consultas por año del plan)
- Aparatos auditivos (limitados a $1,000 por 36 meses para asegurados de 19 años o más)
- Cirugía bariátrica (limitada solo a los centros Blue Distinction Center Plus. 20% después del deducible. $5,000 de copago por procedimiento para cargos de profesionales)
- Enfermería de servicio privado
- Servicios de cuidado de rutina de los ojos (adulto, 1 examen de la vista de rutina por año del plan)
- Tratamiento para la infertilidad (limitado al diagnóstico y tratamiento de la afección médica subyacente)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organizaciones que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que termine. La información de contacto de esas organizaciones es la que se indica a continuación: Para obtener información sobre la cobertura médica grupal, comuníquese con el plan, Blue Cross and Blue Shield of Texas, al 1-866-355-5999 o visite www.bcbstx.com. Para obtener información sobre la cobertura médica grupal sujeta a la ley ERISA, comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform. Para seguros médicos grupales gubernamentales no federales, comuníquese con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o visite www.cciio.cms.gov. Los planes eclesiásticos no están cubiertos por las normas de continuación de cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés) federal. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con la entidad reguladora estatal de seguros para consultar sus posibles derechos de continuación de cobertura conforme a la ley estatal. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles también para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información acerca del Mercado de Seguros, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una inconformidad y apelaciones: Existen organizaciones que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan por un rechazo de una reclamación. Esta queja se denomina inconformidad o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Además, en los documentos de su plan, se proporciona información completa para presentar una reclamación, apelación o inconformidad a su plan por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con: Para cobertura médica grupal sujeta a la ley ERISA: comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-866-355-5999 o visite www.bcbstx.com. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando www.dol.gov/ebsa/healthreform, y con Protección al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o visitando www.tdi.texas.gov. Para seguros médicos grupales gubernamentales no federales y planes eclesiásticos que son seguros médicos grupales, comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-866-355-5999 o visite www.bcbstx.com, o bien comuníquese con Protección al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o visite www.tdi.texas.gov. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el Programa de Asistencia de Salud al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o visite www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/tx.html.

¿Proporciona este plan cobertura esencial mínima? **Sí**

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado de Seguros u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si reúne los requisitos para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no pueda ser elegible a fin de obtener un crédito fiscal para las primas.

¿Este plan cumple con el estándar de valor mínimo? **Sí**

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted puede ser elegible para obtener un crédito fiscal para las primas que lo ayudará a pagar por un plan a través del Mercado de Seguros.

Servicios de asistencia en otros idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-866-355-5999.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-355-5999.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-866-355-5999.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-866-355-5999..

Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría pagar por los servicios en una situación médica específica, consulte la siguiente sección.

Sobre estos ejemplos de cobertura:

Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este plan cubriría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, del precio del proveedor y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos conforme al plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos seguros médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg tendrá un bebé
(9 meses de cuidado prenatal y parto en un hospital dentro de la red)

Deducible general del plan	**$1,200**
Copago del especialista	**$70**
Coseguro del hospital (centro)	**20%**
Otro coseguro	**20%**

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales de parto/nacimiento
Servicios de parto/nacimiento en el centro
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg debe pagar:

Gastos compartidos	
Deducibles	$1,200
Copagos	$15
Coseguro	$2,297
¿Qué servicios no cubre el plan?	
Límites o exclusiones	$0
El total que debe pagar Peg es	**$3,512**

Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red para una condición bien controlada)

Deducible general del plan	**$1,200**
Copago del especialista	**$70**
Coseguro del hospital (centro)	**20%**
Otro coseguro	**20%**

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:
Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluye información sobre la enfermedad)*
Pruebas de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe debe pagar:

Gastos compartidos	
Deducibles	$1,200
Copagos	$280
Coseguro	$824
¿Qué servicios no cubre el plan?	
Límites o exclusiones	$0
El total que debe pagar Joe es	**$2,304**

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

Deducible general del plan	**$1,200**
Copago del especialista	**$70**
Coseguro del hospital (centro)	**20%**
Otro coseguro	**20%**

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:
Atención en la sala de emergencias *(incluye suministros médicos)*
Pruebas de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**

En este ejemplo, Mia debe pagar:

Gastos compartidos	
Deducibles	$1,200
Copagos	$280
Coseguro	$264
¿Qué servicios no cubre el plan?	
Límites o exclusiones	$0
El total que debe pagar Mia es	**$1,744**

* Nota: Este plan tiene otros deducibles para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila "¿Hay otros deducibles para servicios específicos?" arriba.

La cobertura de atención médica es importante para todos.

Proporcionamos apoyo y servicios gratuitos de comunicación para todas las personas que tengan una discapacidad o que necesiten asistencia lingüística. No discriminamos en función de raza, color de piel, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, estado de salud ni discapacidad.

Para recibir asistencia gratuita con la comunicación o asistencia lingüística, llámenos al 855-710-6984.

Si considera que no proporcionamos un servicio o piensa que lo hemos discriminado de alguna manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960

Usted puede presentar una queja de derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
Formularios de quejas: http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

BlueCross BlueShield of Texas

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您, 或您正在協助的對象, 對此有疑問, 您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員, 請撥電話 號碼 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવા કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાર્યક્રમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કૉલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न है, तो आपको अपनी भाषा मे निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें ।.
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ła'da bíká ánánílwo'ígíí, na'ídíłkidgo, ts'ídá bee ná ahóóti'i' t'áá níík'e níká a'doolwoł dóó bína'ídíłkidígíí bee nił h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'į' hodíílnih kwe'é 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سؤالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Polski Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiekolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کررہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.